

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| بیمه‌گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان کد واحد صدور: ۱۱۱ | تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰          |
| شناسه ملی: ۱۴۰۰۹۸۳۹۸۶۰  | کد معرف: ۸۵۳۹                   |
| شماره قرارداد: ۰۲/۳۳۰۰/۱۱۱/۸۵۳۹/۳                                     | تعداد بیمه‌شدگان: حداقل ۶۰۰ نفر |
|   | تاریخ انقضاء: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰        |

این قرارداد فی مابین شرکت بیمه میهن به شناسه ملی ۱۰۱۰۳۶۹۸۱۰۶ و کد اقتصادی ۴۱۱۳۳۷۵۹۸۶۶۹ و شماره ثبت ۳۳۰۹۰۲۰ دفتر مرکزی به آدرس: تهران خیابان شهید خالد اسلامبولی نبش کوچه ۲۸ وزراء و تلفن: ۰۲۱۸۷۷۹۵۰۰۰ مدیریت عامل آقای سید هادی شیخ الاسلامی و شعبه کردستان به آدرس: سنندج خیابان امام(ره)، روبروی استانداری نبش کوچه پرستو ۲ پلاک ۳۲۰ تلفن: ۳۳۱۶۹۴۷۵ به مدیریت آقای بابک شماع که در این قرارداد (طرف اول) نامیده می شود و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان به شناسه ملی ۱۴۰۰۹۸۳۹۸۶۰ با کد اقتصادی ۱۴۰۰۹۸۳۹۸۶۰ به شماره ثبت ۸۳۰ به مدیریت جناب آقای مهندس پدram گروهی مطابق با روزنامه رسمی شماره ۲۲۹۱۹ مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۶ و صاحب امتیازی به مدیریت و حق امضاء (الزاما مالک و موسس) آقای مهندس پدram گروهی با کد ملی ۳۷۳۲۰۱۴۱۹۳ (رئیس سازمان) و آقای مهندس مسعود صالحی با کد ملی ۳۷۳۰۵۰۶۲۲۶ (خزانه دار) به نشانی: سنندج خیابان آبیدر، مبارک آباد، میدان کوهنورد، ابتدای بلوار شهید چمران تلفن ۶-۳۳۵۶۴۸۷۴ که از این پس بیمه گذار (طرف دوم) قرارداد نامیده می شود بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین‌نامه‌های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در کشور ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد میگردد.

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار میگیرند:

ماده ۱- بیمه‌گر

"شرکت بیمه میهن" (طرف اول) که در این قرارداد درازای پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار مسئولیت جبران خسارت را به عهده دارد. تبصره- بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه، "بیمه‌گر اول" و شرکت سهامی بیمه میهن "بیمه‌گر دوم" محسوب می‌شوند.

ماده ۲- بیمه‌گذار

"سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان" (طرف دوم) که شخصیت حقوقی آن برای بیمه‌گر محرز گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه قرارداد در وجه بیمه‌گر می باشد. تبصره- بیمه گذار موظف به ارائه کد اقتصادی و شناسه ملی می باشد.

ماده ۳- تعاریف

بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند. موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در این بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است (طبق قوانین سندیکا و وزارت بهداشت). حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

کد سند: ۰۵-۰۰-OT-LG



بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.  
DAYCARE: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد.  
حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.  
حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه ی آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر برآورد می شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام می گردد.  
دوره انتظار: دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.  
خسارت ارزیابی شده: مبلغی است که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.  
فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.  
خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.  
مدت بیمه: مدت بیمه معادل یکسال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

### فصل دوم: شرایط

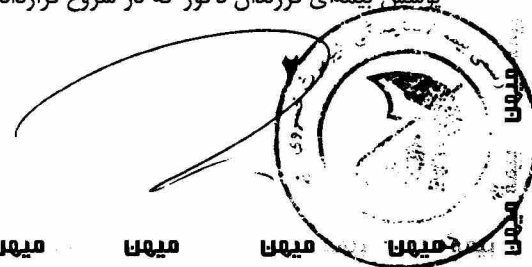
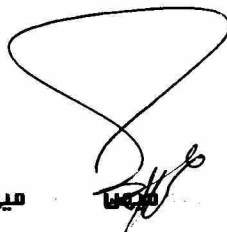
#### ماده ۴- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت اودریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است. که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

#### ماده ۵- گروه بیمه‌شدگان

بیمه شدگان به شرح ذیل میتوانند تحت پوشش بیمه ای قرار بگیرند:  
الف) کارکنان رسمی، یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده ی اصلی و افراد تحت تکفل آنان.  
ب) کلیه کارکنان مؤنث می توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه‌شدگان با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.  
تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه نامه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، دارای بیمه تکمیلی معتبر باشند پوشش آنان الزامی نیست.  
تبصره ۲- بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.  
تبصره ۳- بیمه گذار مکلف است ۵۰ درصد کارکنان خود را در ابتدای مدت بیمه نامه برای اخذ پوشش بیمه ای معرفی نماید.  
تبصره ۴- فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار تا سن ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام، فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می باشند، دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام بیمه می‌شوند همچنین پوشش بیمه‌ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

کد سند : ۰۰۵-۰۰-OT-LG



تبصره ۵ - چنانچه فرزندان بیمه‌شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیماریهای آنها ( به جز معلولیت و از کار افتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.  
ج) کلیه اعضاء بیمه گذار (سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان) با معرفی نامه سازمان  
د) پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی (کارکنان و اعضاء) بیمه گذار

### ماده ۶- وظایف بیمه گذار

بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضاء و مبادله قرارداد، فایل اکسل فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان را طی نامه کتبی برای بیمه‌گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی‌نامه یا پرداخت هزینه‌های پزشکی، اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد.

تبصره ۱- افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه‌گذار و ارسال مستندات کتبی حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند و افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار به همراه مستندات لازم حداکثر ظرف یک ماه پس از شروع پوشش کفالت). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبرداران از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود.

تبصره ۲- نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند مشروط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا ۱ ماه پس از تولد به همراه مستندات کتبی به بیمه‌گر اعلام نماید و در صورت انقضای ضرب‌الاجل تعیین شده، از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار پوشش داده خواهد شد.

تبصره ۳- تاریخ مؤثر برای حذف بیمه‌شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار به همراه مستندات از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار می‌باشد، موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می شود. بدیهی است چنانچه بیمه شده‌ای در طول مدت پوشش بیمه‌ای خود خسارت دریافت نموده باشد و به هر یک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه‌شدگان حذف گردد حق بیمه مربوطه تا پایان قرارداد به طور کامل محاسبه و از بیمه‌گذار دریافت می‌گردد.

تبصره ۴- بیمه‌شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد، پوشش بیمه‌ای خود و اعضای خانواده فرد بازنشسته، مشروط به پرداخت حق بیمه متعلقه، صرفاً تا پایان سال بیمه‌ای ادامه خواهد یافت.

تبصره ۵- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده‌شان در لیست اسامی اولیه درج نشده باشد باستناد "از قلم افتادگی" نمی توانند جزء بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

تبصره ۶ - بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند در موارد بستری بخش های ویژه، ICU, CCU, SCCU حداکثر ظرف مدت ۳ روز از تاریخ بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند. بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم نماید و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد، هزینه آن برعهده بیمه‌گر است.

تبصره ۷- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه‌شده از بیمارستان و حداکثر دو ماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول می‌باشد و در مورد هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود. مهلت تکمیل مدارک و ارسال مجدد آن پس از عودت، حداکثر یک ماه از تاریخ عودت مدارک می باشد.

تبصره ۸- خسارت از زمان پذیرش طی ۳۰ روز کاری قابل پرداخت می باشد.

### ماده ۷- پرداخت حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و اعضاء خانواده تحت تکفل مبلغ ۳,۴۸۵,۰۰۰ ریال و حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی مبلغ ۴,۵۳۰,۵۰۰ ریال می‌باشد که بیمه‌گذار موظف است حق بیمه مربوطه را براساس تعداد کل بیمه‌شدگان محاسبه و در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه به شماره شناسه ۸۸۳۸۴۸۹۱۱۰۱۱۱۱۸۹ و شماره شبا ۸۷-۴۸۹۱-۸۸۳۸-۰۰۰۰۰۰۰۰-۰۲۰۰-۰۱۲۰-۱۲۴۲ نزد بانک ملت این شرکت واریز و رسید آن را به بیمه‌گر تحویل نماید.

کد سند : OT-LG-۰۰۵-۰۰۰





شماره قرارداد: ۰۲/۳۳۰۰/۱۱۱/۸۵۳۹/۳

تبصره ۱- حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه نامه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه نامه ادامه خواهد یافت. برای بیمه شدگان بین ۶۰-۷۰ سال ۵۰٪ حق بیمه پایه و برای بیمه شدگان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰٪ حق بیمه پایه اعلام شده، حق بیمه اضافی منظور می گردد.

تبصره ۲- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد، می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.

تبصره ۳- هر گونه پرداخت اقساطی در رابطه با حق بیمه های ماهیانه نیز مشمول واریز در مهلت توافق شده فی مابین طرفین خواهد گردید. بیمه گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه می باشد. در غیر این صورت، تعهدات بیمه گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را نداشته و بروز هرگونه خسارت در این خصوص به عهده بیمه گذار خواهد بود، در صورت تسویه بدهی سررسید شده وضعیت بیمه نامه به حالت اولیه برمیگردد.

تبصره ۴- چنانچه در طول مدت قرارداد ضریب خسارت بیش از ۸۰ درصد گردد، بیمه گر مختار خواهد بود با اخطار قبلی نسبت به تعدیل حق بیمه یا فسخ قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۵- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که به وسیله الحاقیه به شرح ذیل تعیین می گردد:  
۱/۷ (۵ ت) - در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می شود.

۲/۷ (۵ ت) - در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد. با حذف هر یک از بیمه شدگان و در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد. (به استثناء بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می نمایند).

### ماده ۸- فرانشیز

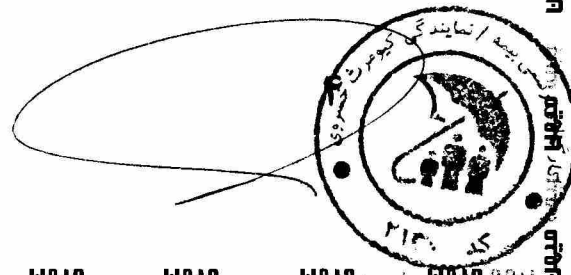
فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده خواهد بود. بیمه گر می تواند با رعایت معیار های عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد. در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد. در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد. درصد معینی از هزینه های درمانی است که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد و میزان آن به شرح زیر تعیین می گردد:

فرانشیز بابت عدم استفاده از بیمه گر اول پس از کسر سهم بیمه پایه و فرانشیز قرارداد برای کلیه بندها معادل ۳۰٪ هزینه های مورد تعهد پس از اعمال تعرفه موضوع ماده ۹ می باشد.

### ماده ۹- وظایف بیمه گر

بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی- درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید. چنانچه در طول مدت بستری، بیمه نامه بیمه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش می باشد. (مبنای پرداخت روز و تاریخ پذیرش بوده و در مواردیکه بعد از پذیرش بیمار قرارداد به اتمام میرسد تا ۱۵ روز بعد از اتمام بیمه نامه میتوانند از معرفی نامه صادره استفاده نمایند).

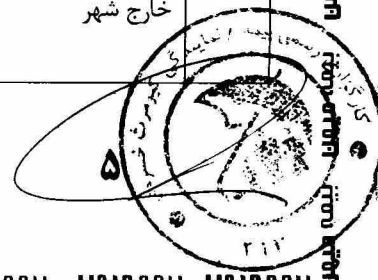
کد سند : ۰۵-۰۰-OT-LG



بیمه‌گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گذار، هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در طول مدت قرارداد بیمه‌ای بشرح تعهدات جبران نماید :

| ردیف | نوع تعهدات<br>ماده ۹  | تعهدات پس از کسر سهم بیمه گر پایه  | حداکثر تعهدات | واحد | فرانشیز |
|------|---|--|---------------|------|---------|
| ۹/۱  | پرداخت هزینه های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی اصلی                          | هزینه‌های بیمارستانی (جراحی عمومی)، هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، پروتز (حین جراحی داخل بدن)، آنژیو گرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care. تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی های اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد، هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها بجز زایمان، بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت | ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰   | نفر  | ٪۱۰     |
| ۹/۲  | جبران هزینه اعمال جراحی مهم و بیماری های خاص                                  | جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)، هزینه اعمال جراحی اصلی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)   | ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | نفر  | ٪۱۰     |
| ۹/۳  | جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین و هزینه های درمان نازایی و ناباروری | زایمان، هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین، هزینه های درمان نازایی و ناباروری ( هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, JUI, میکرواینجکشن و IVF سقف برای هر نفر. دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.   | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | نفر  | ٪۱۰     |
| ۹/۴  | هزینه پاراکلینیکی (۱)   | جبران هزینه انواع سسونوگرافی، انواع غربالگری جنینی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، انواع ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، انواع آنژیوگرافی، انواع رادیو لوژی، سنجش تراکم استخوان، اکو چشم، پاپ اسمیر  | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | نفر  | ٪۱۰     |
| ۹/۵  | هزینه های پاراکلینیکی (۲)   | جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثنه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینائی سنجی، آنژیو گرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب و فشار خون  | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | نفر  | ٪۱۰     |
| ۹/۶  | هزینه های پاراکلینیکی (۳)   | جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (بااستثناء رفع عیوب انکساری دید چشم)، جبران هزینه های خارج جسم خارجی از بدن، نوار گوش، شنوایی سنجی، اکو چشم، شستشوی گوش تا سقف تعهدات بند (پاراکلینیکی و جراحی های مجاز سرپایی)  | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | نفر  | ٪۱۰     |
| ۹/۷  | جبران هزینه های آمبولانس خارج شهر   | هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج   | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰    | نفر  | ٪۱۰     |

کد سند : ۵-۰-۰-۵-OT-LG



|      |  |   |                |     |     |
|------|--|---|----------------|-----|-----|
| ۹/۸  | جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر        | هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج  | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰     | نفر | %۱۰ |
| ۹/۹  | هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم) | لیزیک چشم چپ و راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق، نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر   | ۷۵,۰۰۰,۰۰۰     | نفر | %۱۰ |
| ۹/۱۰ | خدمات آزمایشگاهی                         | هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی، آزمایشات غربالگری - آزمایش Cell Free DNA یا NIPT  | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰     | نفر | %۱۰ |
| ۹/۱۱ | خدمات دندانپزشکی (طبق تعرفه سندیکا)      | OPG ابتدای طرح دندان ضروری است. جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه. در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه گر با رعایت تعرفه مصوب و ارائه گرافی قبل و بعد از درمان برای خدمات درمان ریشه، روکش بیش از سه واحد و خدماتی که طبق نظر سندیکا و قوانین مصوب شرکت نیازمند گرافی قبل و بعد هستند، قابل پرداخت خواهد بود. در رابطه با پرداخت هزینه ی خدمات ایمپلنت، دست دندان، ارتودنسی تایید پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام، الزامی است. | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰     | نفر | %۱۰ |
| ۹/۱۲ | ویزیت، دارو                              | ویزیت، دارو (اعم از آزاد و بیمه ای) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری  | ۲۵,۰۰۰,۰۰۰     | نفر | %۱۰ |
|      |  | حق بیمه ماهیانه درمان تکمیلی به ازاء هر نفر   | ۳,۴۸۵,۰۰۰ ریال |     |     |

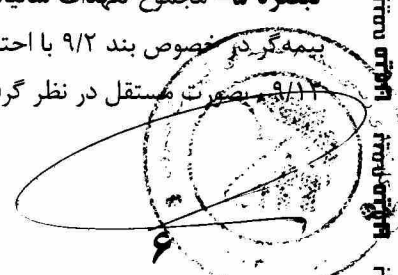
تبصره ۱- فهرست اعمال غیر مجاز (در مطب) بشرح جدول پیوست می باشد که درخصوص انجام اینگونه اعمال در مطب بیمه گر تعهدی به عهده نخواهد داشت.

تبصره ۲- خسارتهای درمانی مربوط به ادامه معالجات حوادثی که قبل از تاریخ شروع پوشش این قرارداد برای بیمه شده اتفاق افتاده باشد در تعهد نمی باشد.

تبصره ۳- دوره انتظار برای بیماریهای مزمن و یا بیماریهایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه باشد برای هر یک از بیمه شدگان به مدت ۳ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه های مربوطه نخواهد داشت چنانچه بیمه شدگان دارای بیمه نامه در سال قبل بوده و بدون وقفه این بیمه نامه تمدید گردد شرط فوق کان لم یکن تلقی می گردد.

تبصره ۴- دوره انتظار جهت جبران هزینه زایمان مدت ۹ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر یک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت و گروه بالاتر از ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار نمی گردد. چنانچه بیمه شدگان دارای بیمه نامه در سال قبل بوده و بدون وقفه این بیمه نامه تمدید گردد شرط فوق کان لم یکن تلقی می گردد.

تبصره ۵- مجموع تعهدات سالیانه بیمه گر در مورد بندهای ۹/۸ و ۹/۱۱ با احتساب تعهدات بند ۹/۱ مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و تعهد بندهای ۹/۳، ۹/۴، ۹/۵، ۹/۶، ۹/۷، ۹/۸، ۹/۱۰، ۹/۱۱، ۹/۱۲ با احتساب تعهدات بند ۹/۲ مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و تعهد بندهای ۹/۳، ۹/۴، ۹/۵، ۹/۶، ۹/۷، ۹/۸، ۹/۱۰، ۹/۱۱، ۹/۱۲ بصورت مستقل در نظر گرفته می شود.



کد سند : ۵-OT-LG

شماره قرارداد: ۰۲/۳۳۰/۱۱۱/۸۵۳۹/۳

### ماده ۱۰- استثنائات

هزینه مربوط به موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
۴. ترک اعتیاد
۵. عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی.
۶. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
۷. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۸. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
۹. فعل و انفعالات هسته ای.
۱۰. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
۱۱. هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
۱۲. هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
۱۴. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
۱۵. هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
۱۶. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
۱۷. کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

**تبصره -** موارد استثناء مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ ماده ۱۰ را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، می توانند تحت پوشش قرار دهد.

### ماده ۱۱- هزینه های مستقیم غیر مستقیم

بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف بیمه نامه استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف بیمه نامه مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در بیمه نامه بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیرطرف بیمه نامه مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه گر تسلیم کند، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.

### ماده ۱۲- سایر بیمه گران مکمل

در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و به مبلغی بیش از سهم از انشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

کد سند : ۰۵-۵-OT-LG



تبصره : چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک موسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش بیمه ای هرکدام از شرکت های بیمه مخیر است.

### ماده ۱۳- اظهارات خلاف واقع

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

### ماده ۱۴- هزینه های خارج از کشور

هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حسابهای آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

### ماده ۱۵- حل اختلاف و داوری

هرگونه اختلاف ناشی از تعبیر، تفسیر و یا اجرای این قرارداد، در صورتی که از طریق مذاکره حل و فصل نشود، به هیات داوری ارجاع و به ترتیب ذیل عمل خواهد شد:

هریک از طرفین داور اختصاصی خود را تعیین و به طرف دیگر معرفی می نماید.

داوران اختصاصی به اتفاق داور دیگری را به عنوان سرداور انتخاب خواهند نمود.

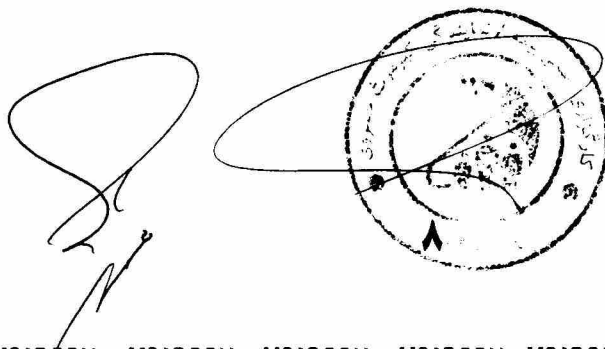
رای هیات داوری با اکثریت آرا معتبر و برای طرفین مطابق مقررات فصل هفتم قانون آئین دادرسی مدنی لازم الاتباع خواهد بود. در صورتی که هر یک از طرفین تا ظرف مدت ۱۰ روز بعد از انتخاب و معرفی داور طرف مقابل، داور اختصاصی خود را تعیین نکند و یا داوران اختصاصی ظرف مدت ۱۰ روز در مورد تعیین سر داور به توافق نرسند، هر یک از طرفین می تواند حسب مورد از دادگاه صالح درخواست تعیین داور طرف مقابل یا سر داور نمایند.

### ماده ۱۶- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

طرف اول مجاز است بنا به صلاحدید خود و به هر دلیل قرارداد را به صورت یکجانبه فسخ نماید و این فسخ می بایست ۱۵ روز زودتر به طرف قرارداد اعلام گردد و طرف قرارداد متعهد به انجام کلیه تعهدات خود تا زمان فسخ خواهد بود.

کد سند : ۰۰-۵-LG-OT





**الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر**

بروز تقلب و تخلف از سوی بیمه گذار  
عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.  
هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر  
تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.  
در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه، یا مواردی که ضریب خسارت از ۸۰٪ گذشته و باعث ضروریان  
بیشتر شود

**ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار**

در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.  
انتقال پورتهوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.  
در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه‌شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.

**ج- نحوه فسخ:**

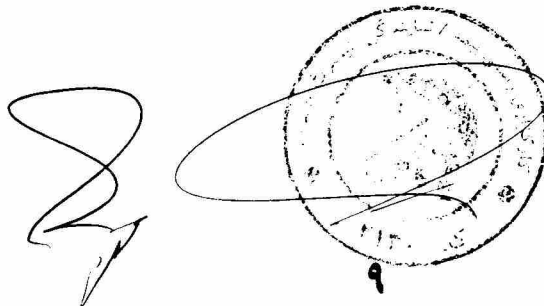
در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه  
یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ شده تلقی می‌گردد.  
بیمه‌گذار می‌تواند با اثبات موارد بند ب با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست  
مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

**د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ**

در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.  
در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد  
شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق بیمه نامه به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد  
بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای  
دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.  
در صورت فسخ بیمه نامه و در صورت دریافت هزینه‌ی درمانی از طرف هر یک از بیمه‌شدگان، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان  
قرارداد می‌باشد.

**ماده ۱۷- حق بیمه شناور**

موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.



کد سند : ۵-۰۰-LG-OT



بیمه میهن  
(سهامی عام)

شماره قرارداد: ۰۲/۳۳۰۰/۱۱۱۱/۸۵۳۹/۳

ماده ۱۸- مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۰ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۳/۱۰/۱۰ خاتمه می یابد. تبصره- تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد.

این قرارداد بر ۱۸ ماده و ۱۰ تبصره و سه نسخه تنظیم و به امضاء طرفین رسیده که هر یک حکم واحد را دارد.

بیمه گر  
شرکت بیمه میهن (سهامی عام)  
سید هادی شیخ الاسلامی  
مدیر عامل و نائب رئیس هیأت مدیره

بیمه گذار  
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان  
پدرام گروهی  
رئیس هیأت مدیره و رئیس سازمان



معیند کیانی هرچگانی  
معاون مالی و اقتصادی و عضو هیأت مدیره

علیرضا ضیائی پور  
معاون فنی و عضو هیأت مدیره

بیمه گذار  
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان  
مسعود صالحی  
خزانه دار سازمان

سید محمدعلی عظیمی  
مدیریت بیمه های درمان

امیر دباشکی  
معاون مدیر و تطبیق مقررات  
۱۱/۹۵

بابک شماع  
مدیر بیمه میهن شعبه کردستان

۱۰

کد سند : ۰۵-۰۰-OT-LG



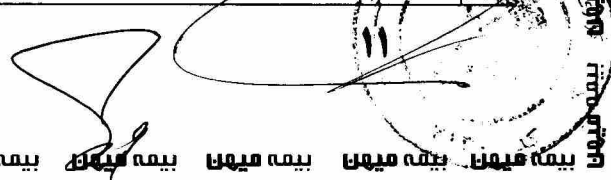
بیمه میهن  
(سهامی عام)

شماره قرارداد: ۰۲/۳۳۰/۱۱۱/۸۵۳۹/۳

پیوست: جدول اعمال غیر مجاز در مطب

|    |   |
|----|---|
| ۱  | کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی توأم باشد (به استثناء آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارایه خدمت مورد تایید وزارت بهداشت)                |
| ۲  | انجام الکتروشوک درمانی (ECT)  |
| ۳  | عملی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (از جمله انواع فتقها)   |
| ۴  | هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد  |
| ۵  | هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی های مجاز بر روی استخوانهای فکین از طریق برشهای مخاطی" |
| ۶  | جراحی ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندون ها ( به جز تاندون های اکستانسور پشت دست hand و روی پا foot )   |
| ۷  | وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (منجمله پروتز سینه) در هر جای بدن  |
| ۸  | جراحی سندروم تونل کارپال  |
| ۹  | عمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس  |
| ۱۰ | عمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان های غیرطبیعی و طبیعی   |
| ۱۱ | تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و pal به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر |
| ۱۲ | کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه  |
| ۱۳ | بدومینوپلاستی، براکیو پلاستی، ماموپلاستی  |
| ۱۴ | تزریق چربی به هر طریقی به هر شکلی در ناحیه سرینی سینه   |
| ۱۵ | عمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر  |
| ۱۶ | عمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثناء تزریق هوا در اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و نازک)  |
| ۱۷ | عمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثنای شالازیون)  |
| ۱۸ | هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد  |
| ۱۹ | بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد و طحال   |
| ۲۰ | عمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی   |
| ۲۱ | تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون  |
| ۲۲ | جراحی پریورافی  |
| ۲۳ | ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل  |
| ۲۴ | هر نوع زایمان   |
| ۲۵ | هر نوع سقط جنین   |
| ۲۶ | عمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است   |
| ۲۷ | برونکوسکوپی، لارنگوسکوپی و هیستروسکوپی (به استثنای office hysteroscopy)   |
| ۲۸ | کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت نیازمند انسزیون های پوستی باشد.  |
| ۲۹ | عمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است   |
|    | جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها  |

کد سند : ۵-۰-OT-LG





انجمن جراحان فک و صورت ایران  
(سومای عام)

شماره قرارداد: ۰۲/۳۳۰۰/۱۱۱/۸۵۳۹/۳

|    |   |
|----|---|
| ۳۱ | هر نوع راینوپلاستی یا سپتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae Nasi                          |
| ۳۲ | اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یت بینی یا انسزبونهای خارج دهانی دارد.                      |
| ۳۳ | ترمیم اولیه شکاف لب   |
| ۳۴ | رزکسیون فک که یکپارچگی فک را از بین می برد  |
| ۳۵ | رزکسیون و بیوبسی ضایعات عروقی   |
| ۳۶ | هر نوع رزکسیون زبان   |
| ۳۷ | فلپ ها پوستی بیش از ۵ × ۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت   |
| ۳۸ | برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد                                |
| ۳۹ | جراحی های شکستگی فکین و صورت جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد   |
| ۴۰ | اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان میشود و درمان آن نیز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد |
| ۴۱ | اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارجی دهانی است                                      |
| ۴۲ | انواع استئوتومی لفورث اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر میگیرد   |
| ۴۳ | انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال از تو ۲۹۳۲۸۰۵ تال ارتوگناتیک  |
| ۴۴ | اعمال جراحی در ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی انجام       |
| ۴۵ | انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد.  |
| ۴۶ | انجام لیفت ابرو به روش غیر مستقیم که نیازمند Dissection باشد  |
| ۴۷ | ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجازی غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد                         |
| ۴۸ | نصب دیستراکتور خارج دهانی   |
| ۴۹ | برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر  |
| ۵۰ | انجام خدمات کلونوسکوپی به جزء (بیمارستان مرکز جراحی محدود و کلینیک های تخصصی گوارش)   |

